

指定介護予防（訪問・通所）介護相当

サービス事業者

指定（訪問型・通所型）サービスA事業者

指 定 申 請 書

年 月 日

八幡浜市長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・名前



介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(〒 ー) 都道府県 市区				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種類		法人の所轄庁				
	代表者の職・名前・生年月日		職名	フリガナ 名前	生年月日		年 月 日
代表者の住所		(〒 ー) 都道府県 市区					
指定を受けようとする事業所	フリガナ						
	事業所名称						
	事業所所在地		(〒 ー) 愛媛県 八幡浜市				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている 事業等の指定年月日		様 式
	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス					付表1
		訪問型サービスA					
	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス					付表2
		通所型サービスA					
	既に指定を受けている事業（介護保険サービス）	訪問介護					
通所介護							
地域密着型通所介護							
介護保険事業所番号				申請書担当者			
医療機関コード等				連絡先			

(裏面)

備考

- 1 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。